

PRIVATPRAXIS FÜR ALLGEMEIN- UND GEFÄSSCHIRURGIE

CHIRURGIE • GEFÄSSCHIRURGIE
LASERMEDIZIN • ÄSTHETIK

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Sie optimal beraten und behandeln. Um ganz gezielt und individuell auf Ihre medizinischen Wünsche und Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Selbstverständlich behandeln wir Ihre Antworten vertraulich. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis.

Patient

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ Geschlecht w m

Straße+Nr. _____ Postleitzahl+Ort _____

Telefon privat _____ geschäftlich _____ Mobil _____

Fax _____ E-Mail _____

(freiw.: Beruf _____ Arbeitgeber _____)

Hausarzt: _____

Wie haben Sie von uns erfahren?

Kennen Sie unsere Praxis-Website unter www.praxisimnorden.de? ja nein

Haben Sie uns in einem Bewertungsportal gefunden? ja nein ... bei Jameda? ja nein

über Internet /Google? ja nein _____

Sind wir Ihnen empfohlen worden? ja nein _____

Hausarztpraxis / Facharztpraxis welche? _____

Möchten Sie von uns regelmäßig an Ihren Kontrolltermin (Recall-System) erinnert werden? ja nein

Wenn ja, dann ... telefonisch per E-Mail per Post

Sie sind an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert:

Gefäßcheck Ästhetische Behandlung / Faltenbehandlung Laserbehandlung

Akute Beschwerden

Haben Sie derzeit akute Beschwerden? ja nein

Wenn ja, welche und seit wann? _____

Wurden diese Beschwerden schon behandelt? ja nein

Allgemeine Angaben

Körpergröße _____ Körpergewicht _____ Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit geändert? Abnahme Zunahme nein

Treiben Sie Sport? ja nein Wenn ja, welchen und wie oft? _____

Rauchen Sie? ja nein Wenn ja, wie viele Zigaretten/welche Tabakmenge pro Tag? _____

Trinken Sie Alkohol? ja nein Wenn ja, was und wie viel pro Tag? _____

Nehmen Sie Drogen? ja nein Wenn ja, welche und wie oft? _____

Weitere allgemeine Angaben

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein Wenn ja, in welchem Monat? _____

Nehmen Sie die Pille? ja nein
 Nehmen Sie Medikamente? ja nein gelegentlich

Wenn ja, welche? _____

Wenn Sie einen Medizinplan besitzen, legen Sie uns diesen bitte vor.

Nehmen Sie Aufputsch-/Beruhigungsmittel? ja nein gelegentlich

Wenn ja, welche und wie häufig? _____

Nehmen Sie Naturheilmittel? ja nein gelegentlich

Nehmen Sie Blutverdünner ein?

Marcumar ASS Clopidogrel Xarelto
 Pradaxa Eliquis Falithrom

Sind folgende Vorerkrankungen bei Ihnen bekannt?

Innere Organe

Erkrankungen der Lunge? ja nein Wenn ja, welche? _____
 Lungenembolie? ja nein
 Erkrankungen der Niere? ja nein Wenn ja, welche? _____
 Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes? ja nein Wenn ja, welche? _____
 Erkrankungen der Leber/Galle? ja nein Wenn ja, welche? _____
 Sonstige Erkrankungen innerer Organe? ja nein Wenn ja, welche? _____

Haben Sie folgende Infektionskrankheiten? HIV / AIDS Hepatitis

Bluterkrankung

Blutungsneigung (Hämophilie) ja nein Blutarmut (Anämie) ja nein
 Leukämie ja nein Sonstige Bluterkrankungen? _____

Herz- und Kreislaufkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz) ja nein Herzklappenersatz/Herzfehler ja nein
 Herzrhythmusstörungen ja nein Hoher Blutdruck ja nein
 Herzasthma, Angina Pectoris ja nein Niedriger Blutdruck ja nein
 Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja nein Durchblutungsstörungen ja nein
 Haben Sie einen Defibrillator? ja nein Tiefe Venenthrombose ja nein
 Herzinfarkt ja nein Oberflächliche Venenthrombose ja nein
 Schlaganfall ja nein Krampfadern ja nein

Hormon- und Stoffwechselerkrankungen

Schilddrüsenerkrankung ja nein Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein
 Fettstoffwechselstörung ja nein
 Sonstige Hormon- und Stoffwechselerkrankungen? _____

Erkrankung des Nervensystems

Epileptische Anfälle ja nein Krämpfe ja nein
 Psychosomatische Erkrankungen ja nein Ohnmachtsanfälle ja nein

Allergien

Sind Sie allergisch gegen Gräserpollen, Staub und/oder Tierhaare? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Sind Sie allergisch gegen Nahrungsmittel (z.B. Nüsse, Kuhmilch)? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Sind Sie allergisch gegen Medikamente? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Sind Sie allergisch gegen Insektenstiche (z.B. Bienen, Wespen)? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Sind Sie allergisch gegen Nickel, Chrom, Latex und/oder Parfüm? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie unter allergischem Asthma? ja nein Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Hauterkrankungen

Pruritus (Juckreiz) ja nein Hyperhidrose (übermäßiges Schwitzen) ja nein
Psoriasis (Schuppenflechte) ja nein Rosazea ja nein
Neurodermitis ja nein Hautmykosen (Pilzkrankungen) ja nein
Nesselsucht/Urtikaria ja nein
sonstige Hauterkrankungen? _____

Operationen

Wurden Sie bereits operiert? ja nein
Wenn ja, wann sind Sie das letzte Mal operiert worden und woran? _____

Haben Sie einen oder mehrere Stents? ja nein
Hatten Sie bereits eine Herzbypassoperation? ja nein
Hatten Sie bereits eine Krampfader OP oder Behandlung? ja nein

Erkrankungen in der Familie

Welche Erkrankungen liegen in Ihrer Familie (Geschwister, Eltern, Großeltern) vor?

Herz- Kreislauf-Erkrankungen ja nein Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes) ja nein
Schlaganfall ja nein Krebs ja nein
Erbkrankheiten ja nein Krampfadern ja nein
Thrombose ja nein Sonstige Erkrankungen? _____

Diese Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich den Regelungen zum Datenschutz. Eine Erklärung zum Datenschutz nach Artikel 13 EU-DSGVO halten wir zur Einsicht in unser Praxis bereit.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Datum _____ Unterschrift _____